



TÉCNICA SONDAJE VESICAL

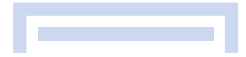
Código: 001

blanca

INTRODUCCIÓN

El Sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra.

La técnica del sondaje urinario se debe de realizar con una técnica aséptica rigurosa, manteniéndose la sonda el mínimo tiempo preciso.



OBJETIVOS

La finalidad del sondaje vesical puede ser con:

- Fines diagnósticos:

- Recogida de muestra de orina estéril.
- Exploraciones radiológicas, etc.
- Determinar la orina residual después de una micción espontánea.
- Medición exhaustiva de diuresis en pacientes críticos con limitación física ó psíquica.

- Fines terapéuticos:

- Vaciar la vejiga en caso de retenciones urinarias.
- Obstrucción urológica de naturaleza orgánica ó funcional.
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía (por Ej. Resecciones de vejiga transuretrales).
- Realizar irrigaciones vesicales en caso de hematuria.
- Prevenir la tensión en la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- Administración de medicación intravesical.

Contraindicación del sondaje

- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fistulas).
- Traumatismos uretrales.

Personal

- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

MATERIAL

1. Guantes no estériles.
2. Guantes estériles.
3. Paño fenestrado estéril.
4. Antiséptico: Povidona Yodada o clorhexidina.
5. Lubricante hidrosoluble.
6. Jeringa 10 cc.
7. Agua estéril bidestilada.
8. Bolsa colectora con grifo.
9. Soporte para la bolsa colectora.
10. Gasas estériles.
11. Jeringa de 50 cc con cono de alimentación.
12. Pinza kocher plástico.
13. En caso de mediciones horarias: Urinómetro (equipo medición diuresis horaria).

MATERIAL



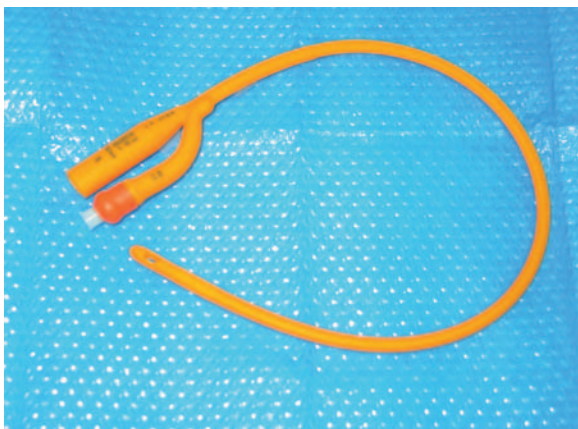
Tipo de sondas

Las sondas son tubos de consistencias variadas (rígidas, semirígidas, blandas) dependiendo de su composición.

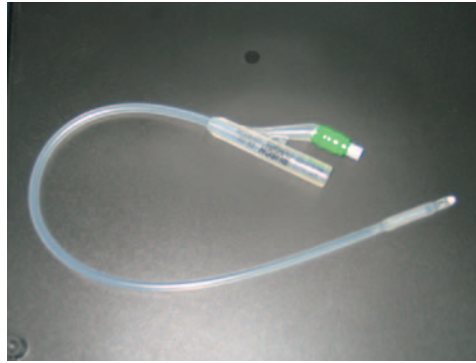
CLASIFICACIÓN DE LAS SONDAS

Según su composición:

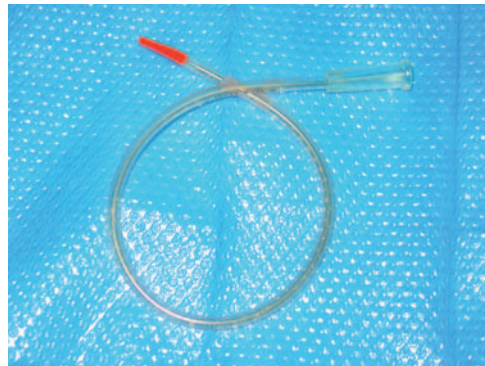
- **Látex:** Son blandas y maleables. Son sondas de primera elección en: postoperatorios, controles de diuresis, retención aguda de orina. En el caso de sondaje permanente se debe de realizar un cambio de sonda a los 21 días de su inserción.



- **Silicona:** son más semirrígidas, utilizadas prioritariamente en : Sondajes dificultosos, sondajes vesicales prolongados (permanentes), hematurias, pacientes alérgicos al látex, cirugía uretral, etc.
Se debe realizar un cambio de sonda a los 2 meses de la fecha de inserción.



- **Plástico:** son sondas rígidas, utilizadas primordialmente en: el sondaje intermitente, administración de medicamentos, autosondajes, sondaje evacuador, exploraciones radiológicas y funcionales del aparato urinario. Su mantenimiento no debe superar los 7 días tras la inserción.



Según su estructura:

A/

- **Con balón:** sonda que se fija una vez colocada a través del hinchado de un globo situado en su extremo distal.
- **Sin balón:** No tiene globo, se utiliza generalmente en sondajes intermitentes y en caso de necesidad de fijación, está se realiza con esparadrapo hipoalérgico o puntos de sutura.

B/

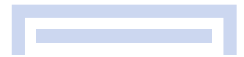
- De una luz: sondas de una sola vía, sin balón, son generalmente rígidas. Se utilizan para la administración de medicamentos, sondajes intermitentes o pruebas diagnósticas.
- De doble luz: sondas de uso común, una de las luces es la de conexión para la bolsa recolectora y la otra es para el llenado del globo de seguridad.
- De triple luz: sondas utilizadas para irrigación vesical: Una luz es la de conexión de la bolsa recolectora, otra para el llenado de globo de seguridad y otra para la conexión de la irrigación.



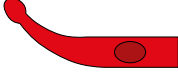




C/

Dependiendo de la finalización de la sonda ó punta pueden ser: roma, plana, biselada, cónica y olivar; ser recta o acodada. Cada una de estas formas está adaptada a una indicación especial.

MATERIAL



- 1  NELATON
- 2  ACODADA DE MERCIER
- 3  ACODADA CÓNICO-OLIVAR
- 4  PLANA O "BOUT COUPÉ"
- 5  BISELADA

Las puntas acodadas (Mercier, bequilla o cónico-olivar) están especialmente indicadas cuando se trata de atravesar al cuello de la vejiga ocupado por una próstata voluminosa.

Tamaño de la Sonda

El cuerpo de la sonda, tiene un calibre exterior y una luz interior. El calibre exterior, es medido en unidades denominadas "Charrière" (Ch) o escala francesa (F). Cada una de estas unidades equivale a 1/3 de mm. Una sonda calibre 14 F tiene 14 veces 1/3 de mm. de diámetro.

Existen sondas desde el calibre 8 hasta el 30, para adultos, siendo siempre la numeración par (Ej. Ch:8/10/12/14...).

Los calibres que se utilizan con más frecuencia son CH14 y CH 16 para mujeres y CH 16 y CH18 para hombres.

Prelubricadas

Se utilizan en sondajes vesicales intermitentes dificultosos, en la administración de BCG y mitomicina endovesical.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL SONDAJE VESICAL

- Sólo se debe realizar cuando sea estrictamente necesario, no debiéndose prolongar su duración más tiempo del preciso.
- Siempre que sea posible se sustituirá la sonda vesical por un colector.
- No se debe pinzar la SV antes de su retirada.
- Mantener siempre la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga urinaria. Evitar que la bolsa esté apoyada en el suelo o en otros objetos.
- El cambio de sonda se debe realizar sólo en los casos necesarios, es decir, cuando aparecen signos clínicos o biológicos de infección uretral, por roturas, obstrucciones, etc. Recomendamos el cambio programado en los pacientes portadores de sondas de silicona cada 2 meses y cada 20-25 días en los sondajes con sondas de látex.
- No se debe emplear la fuerza para realizar el sondaje con el fin de evitar lacerar la uretra.
- Utilizar los sistemas cerrados de recolección de orina, debido a las ventajas demostradas para prevenir la infección urinaria.
- Para la recogida de muestras no debe abrirse la unión entre el catéter y la bolsa colectora, sino realizar la punción, de manera estéril en el catéter distal.

Procedimiento del sondaje vesical

Antes de la realización del sondaje vesical, realizar una comprobación de los datos del paciente así como de su indicación.

Preparación del paciente:

- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar explicando las maniobras para obtener su colaboración y tranquilizarlo, siempre preservando su intimidad.
- Informar al paciente sobre los cuidados que tiene que tener sobre su sonda:
 - Llevar la bolsa de diuresis por debajo de los genitales.
 - Mantener su higiene genital y corporal: lavado de genitales con jabón antiséptico.
 - Evitar tirones y pinzamientos a lo largo del trayecto.

Preparación del personal:

- Tener la batea preparada con todo el material necesario
- Conocer la patología del paciente, para colocarle la sonda más idónea (hematuria, estenosis uretral, prostatismo, retención urinaria, etc).
- Elección de la sonda adecuada adaptando su diámetro al de la uretra.
- Lavado antiséptico de las manos ponerse el par de guantes no estériles.

En el hombre:

- Colocar al paciente en posición de decúbito supino.
- Lavado de los genitales externos del paciente, retrayendo el prepucio y limpiando el surco bálano-prepucial.

- Irrigar con povidona yodada los genitales externos, la uretra del paciente, retrayendo el prepucio.
- Lubricar la uretra con lubricante urológico, de forma abundante. Esperar unos minutos para que el anestésico que contiene haga su efecto.
- Retirada de guantes no estériles, frotarse las manos con alcohol de 70° al menos durante un minuto y colocar los guantes estériles y paño estéril.
- Preparar todo el material que vayamos a utilizar (catéter, gasas, jeringa, etc.), siempre manteniendo la máxima asepsia posible.
- Comprobar el buen funcionamiento del globo del catéter inyectando 10cc de aire y esperando unos segundos. Después retirar el aire.
- Colocar el pene, retirando completamente el prepucio, en un ángulo de 90 respecto al abdomen del paciente, aplicar una suave tracción hacia arriba para enderezar la uretra. Pídale al paciente que haga fuerza como si fuera a orinar, lo que relajará los esfínteres y permitirá una penetración más suave. Introducir la sonda unos 20 cm hasta alcanzar la vejiga y comprobar que refluye orina.
- En sondas acodadas, insertar la sonda con la punta hacia arriba.
- Si ofrece resistencia al avance de la sonda aumentar progresivamente la tracción a la vez que intenta introducir la sonda, siempre sin utilizar la fuerza. Esta maniobra puede permitir avanzar la sonda más allá de los pliegues de la uretra.
- Si no cede la resistencia cambiar el ángulo del pene hacia abajo a la vez que se introduce la sonda con cortos movimientos de rotación hasta conseguir que fluya la orina.

- Antes de insuflar el globo de seguridad, es importante cerciorarse que este esté en el interior de la vejiga, para ello introducir sonda totalmente hasta el pabellón. Si el globo estuviera situado en uretra, podría producirse lesiones por distensión.
- Insuflar el globo con agua bidestilada estéril registrando los cc que se introducen.
- Siempre que el sondaje se realice por presentar el paciente una retención urinaria, se procederá a pinzar de forma intermitente el tubo de la bolsa colectora, para evitar hemorragias por descompresión vesical brusca.
- En paciente con hipertrofia prostática o postoperados puede ser difícil la introducción del catéter más allá de la glándula prostática. Igualmente hay pacientes que presentan estenosis uretrales en algún tracto de la uretra, en ambos casos la colocación de la sonda debe ser efectuada por un urólogo.
- Siempre que se termine de realizar un sondaje hay que dejar la piel del prepucio recubriendo el glande para evitar parafimosis.
- Fijar la sonda a la entepierna del paciente con un esparadrapo hipoalérgico para evitar la movilización de la misma.
- Anotar en la historia del paciente las incidencias del sondaje, fecha de realización, el tipo de sonda utilizada, el calibre y la cantidad de orina excretada, así como sus características (colúrica, hematúrica, clara).

En la mujer:

- Colocar a la paciente en posición ginecológica (decúbito supino con las piernas flexionadas).
- Lavado de los genitales externos del paciente, incluyendo el interior de los labios mayores y menores (de arriba hacia abajo).
- Separar los labios mayores para exponer el meato, con el índice y pulgar de la mano no dominante, ejerciendo una ligera tensión hacia arriba y hacia atrás. Realizar una irrigación de genitales con povidona yodada.
- Si la mujer está menstruando, después del lavado y antes de la irrigación con povidona yodada, se efectuará taponamiento de la zona vaginal con gasa estéril que retirarán concluido el sondaje.
- Retirada de guantes no estériles, frotarse las manos con alcohol de 70° al menos durante un minuto y colocar los guantes estériles y paño estéril.
- Limpiar el meato con una torunda seca e introducir la sonda bien lubricada con suavidad, pidiéndole al paciente que realice inspiraciones profundas y prolongadas, a la vez que empuja hacia abajo con los músculos de la pelvis para facilitar la penetración.
- Si se encuentra resistencia, angular ligeramente la sonda hacia la sínfisis púbica. Si no hay reflujo de orina después de insertar la sonda de 8 a 10 cm, y la paciente no está deshidratada o ha hecho una micción reciente, puede ser que se haya introducido por error en la vagina. Repetir el procedimiento utilizando otro par de guantes y otra sonda.
- En caso de que la paciente presente retención urinaria, al igual que el hombre, pinzar de forma intermitente el tubo de la bolsa colectora, para evitar hemorragias por descompresión vesical brusca.

- Una vez conseguido el drenaje de la orina, insuflar el balón, si llevara de la misma forma que en el caso de los varones.
- Anotar en la historia de la paciente la fecha de la realización de la técnica, las incidencias del sondaje, el calibre del catéter utilizado, la cantidad de orina excretada.

Comprobación:

- Asegurarse que el prepucio esté cubierto.
- Asegurarse que la orina fluye a la bolsa colectora.
- Revisar la sujeción correcta de la sonda y bolsa colectora.
- Comprobar que el paciente conoce las indicaciones para el mantenimiento del sondaje.
- Vigilar color de la orina.
- Revisar las recomendaciones para el mantenimiento del cateterismo urinario permanente.

Puesta en orden:

- Retirar los restos del material utilizado.
- Colocar al paciente en posición confortable si está encamado.
- Eliminar los residuos correctamente.

- Retirar los guantes.
- Lavar las manos.
- Anotaciones en la hoja de enfermería:
 - Que el procedimiento se ha realizado, cuando y quien.
 - Dificultades encontradas si las hubiera.
 - Anotar volumen de diuresis en caso de retención.
 - Anotar diariamente el volumen, seguimiento y cuidados.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE

- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Lavar la sonda cuando sea preciso para mantenerla permeable, según técnica aséptica.
- Indicar al enfermo que mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Excepto que esté contraindicado (pacientes con fallo renal o cardiaco) estimular el aporte de líquidos de dos a tres litros por día, para aumentar el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.

- Limpieza e irrigación con povidona yodada diaria, de genitales y punto de inserción de la sonda.
- Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia o mal oliente, hematuria).
- Valorar la aparición de infección uretral. Tomar muestra de cultivo si procede.
- Cuando haya que pinzar la sonda, hacerlo siempre en el tubo de la bolsa recolectora de diuresis nunca en la sonda.

PROCEDIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL INTERMITENTE

Sondaje vesical intermitente, es aquel que se emplea bien con fines terapéuticos (administración de medicación endovesical, vaciamiento de vejiga, etc.) o fines diagnósticos (toma de muestra de orina estéril), en el cuál la sonda vesical es retirada una vez conseguido el objetivo planteado.

El procedimiento es el mismo que en el sondaje vesical permanente, únicamente se diferencia por que se realiza una retirada inmediata de la sonda, una vez alcanzado el fin por el cuál se produjo el sondaje.

COMPLICACIONES DEL SONDAJE VESICAL

- Formación de falsa vía uretral.
- Infección urinaria.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- Hematuria ex vacuo.
- Estenosis uretral.
- Hematuria por tracciones involuntarias.

RETIRADA DE LA SONDA VESICAL

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar, asegurándole que no es doloroso, sino ligeramente molesto.
- Irrigar genitales y meato urinario con solución antiséptica.
- Conectar una jeringa y vaciar completamente el contenido del balón.
- Retirar la sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, si no lo es, proceder a su limpieza.
- Anotar la diuresis existente en la bolsa de drenaje, y las características de la misma, así como la hora en que se realiza la retirada.
- Controlar las micciones tras la retirada de la sonda por si apareciera alguna alteración. En pacientes postoperados puede aparecer disuria y polaquiuria, ambas alteraciones son normales después de una intervención y mejora con el paso del tiempo.

En el supuesto de no poder retirar la sonda vesical, por imposibilidad de vaciamiento del globo vesical:

- 1- Irrigar la vejiga con SF, llenándola completamente y pinzado posteriormente la sonda para que no se vacie. Instalar éter a través del canal de insuflación del globo de seguridad.
- 2- Cortar la sonda, canal de insuflación del globo y canal de conexión a la bolsa recolectora. Si aún así hubiera resistencia, realizar limpieza interna de sonda con una guía metálica.

En caso de imposibilidad de extracción se realizaría una punción guiada por ecografía del globo vesical.

Todas estas acciones serán realizadas por un urólogo.

EDUCACIÓN SANITARIA

Al paciente portador de sondaje vesical, se le entrega una guía de consulta con los cuidados básicos que debe de realizar.



GUIA DE INFORMACIÓN AL ALTA DEL PACIENTE CON SONDA (Folleto de Entrega)

El sondaje vesical consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra.

Aunque es una técnica de escasa complejidad, se debe de garantizar un correcto mantenimiento de esta para prevenir complicaciones, una de las mas frecuentes la infección urinaria.

Recuerde que lleva una sonda para poder orinar,

- Evite darle tirones.
- Si no existe contraindicación por parte de su medico debe beber de dos a tres litros de agua al día, ya que esto le facilitara la diuresis y evitara las incrustaciones en la sonda.
- Evite el uso de tapones y no eleve la bolsa por encima de la cintura pues esto facilita las infecciones.
- Lávese las manos con agua y jabón antes y después de manipular la bolsa o la sonda.
- Controle los espasmos vesicales respirando hondo y relajándose.

EDUCACIÓN
PARA LA SALUD



- Es muy importante que realice una vida normal dúchese a diario para evitar malos olores.
- Pasee y relaciónese normalmente.
- Cambiar la sonda en la fecha indicada para evitar complicaciones.
- Si le surge alguna duda consúltela con él medico de familia o la enfermera del Centro de salud.

AUTOSONDAJE

El objetivo de la cateterización intermitente es prevenir y/o evacuar completamente la vejiga. La mayoría de las personas pueden aprender a realizar este procedimiento.

Para llevar a cabo el vaciado urinario por autosondaje intermitente (VASI), los pacientes deben conocer la ubicación básica de los puntos urológicos importantes.

Adicionalmente, los pacientes deben tener la capacidad física de alcanzar la uretra y saber manipular el equipo.

A las personas que no son capaces de visualizar la uretra, se les puede enseñar a palpar la ubicación exacta del meato uretral. (apertura).

Las sondas utilizadas para el vaciado por autosondaje intermitente son un poco diferentes a las utilizadas en la cateterización permanente (a largo plazo). Los catéteres permanentes son mantenidos en su lugar por un balón. Los catéteres para el VASI no poseen el balón ni el mecanismo lateral de inflado.

Los catéteres para el VASI pueden ser hechos de plástico claro o de un material de caucho más suave y vienen también en diferentes tamaños.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL VACIADO POR AUTOSONDAJE INTERMITENTE (EN HOMBRES):

1. Se ensambla todo el equipo: el catéter, el lubricante y el recipiente para el drenaje.
2. Se lavan las manos con agua y jabón. El pene y el orificio uretral deben estar limpios.
3. Se lubrica el catéter.
4. El pene se sostiene de los lados, perpendicular al cuerpo.
5. El catéter se inserta y se comienza a avanzar suavemente.
6. Al llegar al nivel de la próstata se presentará resistencia, entonces es recomendable relajarse respirando profundo para continuar avanzando el catéter.

7. Una vez que comienza el flujo de la orina se continúa introduciendo el catéter 2,5 cm más (1 pulgada), manteniéndolo en su lugar hasta que termine el flujo de orina y la vejiga esté vacía.
8. Se retira el catéter poco a poco para asegurarse de que la orina se ha evacuado completamente de la vejiga.
9. Se procede a desechar el catéter utilizado
10. Se registra la cantidad de orina evacuada, como el médico lo indicó.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL VACIADO POR AUTOSONDAJE INTERMITENTE (EN MUJERES):

1. Se ensambla todo el equipo: el catéter, el lubricante y el recipiente para el drenaje.
2. Se lavan las manos con agua y jabón. La y el orificio uretral deben estar bien lavados.
3. Se lubrica el catéter.
4. Se ubica el orificio uretral o meato que se encuentra localizado debajo del clítoris y por encima del canal .
5. Utilizando los dedos segundo y cuarto se separan los labios vaginales y con el dedo medio se ubica la apertura.
6. El catéter se comienza a insertar suavemente dentro de la apertura en dirección hacia el ombligo.
7. Una vez que el catéter se ha insertado más o menos 5 a 7,5 cm (2 ó 3 pulgadas) dentro de la apertura, la orina comienza a fluir.
8. Cuando comienza el flujo de la orina, se continúa avanzando el catéter otros 2,5 cm (1 pulgada) y se mantiene en su lugar hasta cuando cese el flujo de la orina y la vejiga esté completamente vacía.
9. El catéter se retira poco a poco para asegurarse de que la orina se ha evacuado completamente.
10. Se procede a desechar el catéter utilizado
11. Se registra la cantidad de orina evacuada, como el médico lo indicó.

¿CUÁNDO DEBE AVISAR A SU MÉDICO?

- Tenga dolor y sensación de plenitud abdominal.
- Disminución importante de la cantidad de orina eliminada.
- Presencia anormal de sangre en la orina.
- Fiebre.



ANEXO 1

MEDICAMENTOS QUE ALTERAN EL COLOR U OLOR DE LA ORINA

Doxorubicina: color rojizo durante uno o dos días después de su administración.

Fenazopirina: orina de color naranja-rojiza.

Salazosulfapiridina: en las orinas alcalinas genera un color amarillo-anaranjado.

Metronidazol, *Levodopa*: produce un oscurecimiento de la orina.

Rifampicina: produce una coloración naranja-rojiza o marrón rojiza.

Sulindac: produce una decoloración de la orina.

Tiabendazol: le genera a la orina un olor a espárragos.

Indicadores:

ITUS asociadas a días de permanencia de sonda.

Tasa complicaciones.

AUTORES

Grupo de Trabajo de Urología:

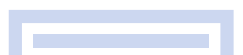
- M^a Amparo García Pla
- Luis Monedero Alonso
- Elena Hervás Lorente
- Sonia Gomis Baldoví

Colaboradores del grupo de trabajo:

- Carmen Zafra Solaz
- Laura Meseguer Galiana
- Esmeralda Palanca Aznar
- Alma Huguet Ordaz

BIBLIOGRAFÍA

- Recomendaciones para el control de infección nosocomial. Generalitat Valenciana, Consellería de Sanitat (2000).
- www.tubotica.net
- www.dip-alicante.es/sevdipu/areasani/enferpsi/enfpro03.htm
- www.opolanco.es/apat/boletin12/sondas.htm
- www.zambon.es/areasterapeuticas/02
- www.webs.uolsinectis.com.ar/jmguzman
- www.fisterra.com





LA RIBERA
ÁREA DE SALUD 10



Ctra. de Corbera, Km. 1 • 46600 ALZIRA (Valencia)
Tel. 96 245 81 00 • Fax 96 245 81 56

www.ribera10.com